

УДК 616.24-036.1-07-08:618.2.

Т. А. Перцева, Т. В. Киреева, Н. К. Кравченко, Ю. Ф. Кравченко
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Хронические заболевания дыхательной системы при беременности: подходы к диагностике и лечению

Ключевые слова: кашель, беременность, муковисцидоз.

Показатели материнской и младенческой смертности являются индикаторами социально-экономического благополучия страны, и их снижение входит в перечень основных Целей Развития Тысячелетия, определенных ООН. Основными причинами материнских и младенческих потерь — как в Украине, так и в мире — являются серьезные заболевания женщин, напрямую не связанные с беременностью, — экстрагенитальная патология (ЭГП) [5].

В связи с реформированием системы здравоохранения ключевая роль в ведении беременности отводится семейным врачам. Именно эти специалисты осуществляют первичный контакт с женщиной, наблюдают ее на протяжении всей беременности и первыми сталкиваются с вопросами диагностики и лечения ЭГП.

К сожалению, состояние здоровья женщин детородного возраста остается неудовлетворительным, и к моменту зачатия многие уже имеют ряд соматических заболеваний. Так, по данным ГУОЗ Днепропетровской области ежегодно происходит более 25 тысяч родов у женщин с ЭГП, из них у 20 % соматические заболевания имеют тяжелое течение [4].

Учитывая такое количество женщин, беременность которых протекает на фоне клинически значимой патологии, одним из этапов медицинской реформы было создание перинатальных центров и специализированных отделений патологии беременности на базе больниц третьего уровня. В этих лечебных учреждениях сосредоточены как специалисты, так и технические средства для оказания высокоспециализированной помощи женщинам с осложненным течением беременности. Однако,

как показывает практика, существует проблема своевременности оказания подобной помощи. Многие пациентки попадают в стационары третьего уровня уже с декомпенсацией или осложнением заболевания, по поводу которого длительно наблюдались по месту жительства.

По мнению авторов, одной из причин такого положения дел является отсутствие четких рекомендаций для терапевтов и семейных врачей по ведению беременных с ЭГП. Не регламентированы перечень, порядок и сроки проведения консультаций смежных специалистов, а также принципы определения места наблюдения беременной.

Среди заболеваний, наиболее часто осложняющих течение беременности, по данным за период 2004–2008 гг. на первом месте были заболевания сердечно-сосудистой системы (40,5 %), далее — инфекционная патология (29,4 %) и новообразования (19 %) [2].

Однако эпидемия гриппа А H1N1 не только внесла изменения в структуру ЭГП, повысив показатели материнской смертности от неакушерских причин на 24 %, но и подчеркнула значение наличия у беременной хронической патологии дыхательной системы (ДС) как фактора риска тяжелого течения пневмонии и развития острой дыхательной недостаточности [7, 9, 10].

Способность ДС обеспечить полноценный газообмен особенно важна во время беременности, так как потребление кислорода организмом в этот период возрастает на 15–20 % [3]. Такие потребности удовлетворяются за счет повышения нагрузки на ДС путем ряда структурных и функциональных изменений, что при наличии

хронической патологии ДС может привести как к декомпенсации заболевания, так и к изменению его клинического течения.

Именно поэтому авторы хотели бы сконцентрировать внимание на хронической патологии ДС как факторе риска развития тяжелой дыхательной недостаточности и осложненного течения респираторных инфекций.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе диагностического кабинета «Спиро» и отделения патологии беременности КУ «ОКБ им. И. И. Мечникова» в период 2013–2015 гг. За это время на консультацию к пульмонологу было направлено 112 беременных, которых можно разделить на две основные группы: группа I – женщины с острой патологией ДС ($n = 67$), группа II – женщины с хронической патологией ДС ($n = 45$).

Результаты и их обсуждение

В группе I преобладали беременные с диагнозом внегоспитальная пневмония ($n = 45$) и острый бронхит ($n = 10$). К этой же группе были отнесены женщины с неустановленным на момент направления на консультацию диагнозом, ведущей жалобой которых был длительный кашель ($n = 12$).

Подходы к ведению таких пациенток, в отличие от пневмонии и бронхита, освещены недостаточно. Поэтому авторы решили показать один из алгоритмов диагностической и лечебной тактики, который применялся у этих больных.

Беременные с жалобами на длительный (3 недели и более) кашель по результатам спирографии (СПГ) были разделены на две подгруппы: подгруппа А – женщины с нормальной функцией внешнего дыхания (ФВД), подгруппа В – женщины с нарушениями ФВД.

В подгруппе А причинами кашля были постназальный синдром и прием необоснованно большого количества муколитиков разных групп.

Постназальный синдром (англ. *postnasal drip*) – ряд клинических ситуаций, при которых в результате воспалительного процесса в полости носа, околоносовых пазухах, носоглотке или без явной причины отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в нижележащие отделы дыхательных путей [1]. Это состояние ввиду сопровождающих его жалоб на кашель, в основном – в вечернее время или ночью, приводит к ошибочной постановке диагноза бронхиальная астма (БА) или хронический бронхит. При направлении беременных на консультацию к ЛОРу необходимо указать, что целью консультации является именно дифференциальная диагностика, например, между БА и постназальным синдромом.

Полипругмазия при лечении кашля в большинстве случаев является результатом самолечения. При сборе анамнеза у таких пациенток можно выявить, что одновременно они принимают три и более муколитиков разных групп. На фоне такой терапии в бронхах накапливается избыток мокроты и развивается гиперреактивность

дыхательных путей, имитирующая клинику БА или затяжного течения бронхита. Отмена препаратов приводит к регрессу симптоматики в течение 5–7 дней. При сохранении кашля рекомендовано повторить СПГ с пробой на обратимость бронхообструкции.

В подгруппе В женщины имели длительный стаж курения и анамнез частых (два и более в год) пневмоний. СПГ соответствовала критериям постановки диагноза хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Назначение бронхолитической терапии значительно улучшило показатели функции внешнего дыхания (ФВД), и беременность протекала без дальнейших осложнений.

Выявление таких пациенток еще раз подчеркивает тот факт, что ряд женщин впервые попадает в поле зрения как семейных врачей, так и пульмонологов только с наступлением беременности, которая демаскирует компенсированную ранее легочную патологию.

Следует особо подчеркнуть, что наличие длительно сохраняющего кашля – не повод для назначения антибактериальных препаратов (АБП).

Обобщенный алгоритм диагностического поиска, примененный в вышеописанных подгруппах, и его результаты представлены на рисунке 1.

Группа II состояла из беременных с БА ($n = 34$), муковисцидозом ($n = 5$) и врожденными пороками развития легких ($n = 6$).

Бронхиальная астма – наиболее распространенное и изученное хроническое заболевание ДС у беременных, и подходы к его ведению широко освещены в зарубежной и отечественной литературе, а также в регламентирующих документах. Поэтому мы рассмотрим более редкие заболевания, такие как муковисцидоз (МВ) и хирургически скорректированные врожденные пороки развития легких.

Муковисцидоз на фоне беременности

Благодаря применению современных лекарственных средств и накопленному опыту по ведению МВ удалось добиться значительного улучшения показателей выживаемости в этой группе больных. Медиана продолжительности жизни женщин детородного возраста, состоящих на учете в НИИ ФМБА России, составляет 31 год [3]. А по данным Fitzsimmons S. и соавторов (2006), ежегодно беременность наступает у 4 % женщин с МВ [8]. Эти данные подчеркивают актуальность вопросов ведения этой группы женщин в гестационный период.

Если в 1960-х годах диагноз МВ мог рассматриваться как показание к прерыванию беременности, то на сегодняшний день специалисты сходятся во мнении о том, что наступление беременности и ее успешное завершение возможны, но только при условии достаточной базисной терапии заболевания и ее модификации на фоне физиологических изменений организма.

Дискутабельным остается вопрос о влиянии беременности на дальнейшую выживаемость и изменение функции внешнего дыхания. Последние данные,

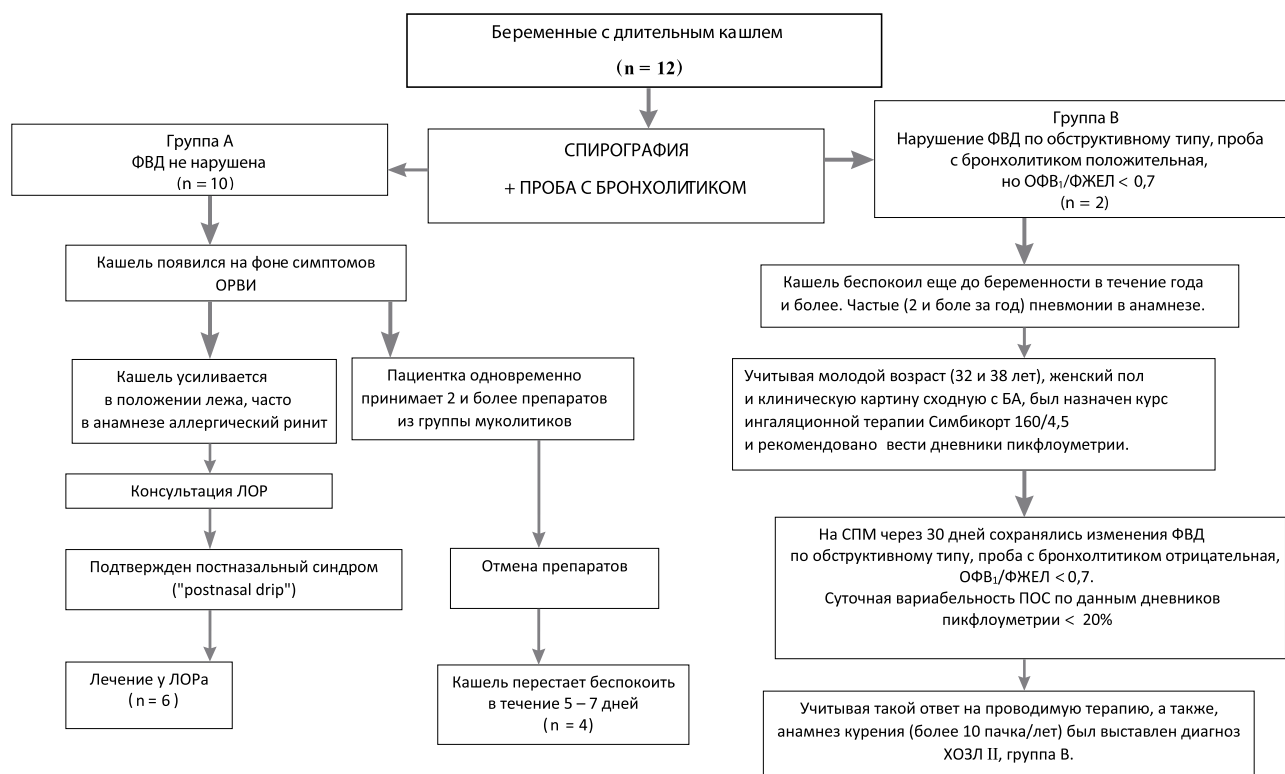


Рис. 1. Результаты обобщенного алгоритма диагностического поиска

опубликованные Ahluwalia M. и соавторами (2014) в *Journal of Cystic Fibrosis*, показывают, что по результатам наблюдения (случай-контроль) за 22 беременными с МВ на протяжении всего гестационного периода и 4,5 лет после родов, не было выявлено достоверных отличий по продолжительности жизни, ФВД и частоте обострений от группы контроля, состоявшей из небеременных женщин с МВ [6].

За период с 2010 по начало 2015 гг. из состоящих на учете в нашей клинике женщин с МВ забеременели пятеро. Однако на протяжении всего гестационного периода регулярно наблюдалась только одна. На ее примере мы рассмотрим особенности течения МВ при беременности.

Пациентка А., 18 лет, диагноз: муковисцидоз, смешанная форма, средней степени тяжести, бронхообструктивный синдром, ЛН 0. Направлена на консультацию к пульмонологу в сроке 18 недель с целью определения тактики ведения МВ на фоне беременности. До беременности получала терапию: «Креон» 150 тыс. Ед в сутки, «Онбрез» 150 мкг 1 вдох в сутки. На фоне проводимой терапии ИМТ = 18,5 кг/м², ФВД не нарушена (рис. 2). Рекомендовано продлить прием ферментов и бронхолитиков в прежней дозировке.

В сроке 24 недели пациентка перенесла обострение, которое развилось на фоне симптомов ОРВИ, без высокой лихорадки (до 37 °С), с преобладанием в клинике синдрома бронхообструкции (рис. 3).

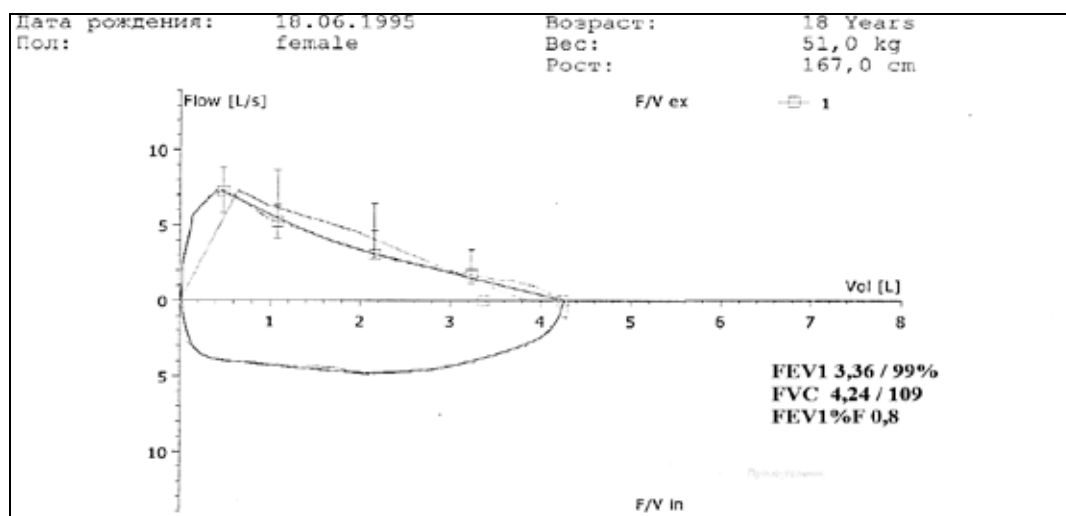


Рис. 2. Показатели ФВД пациентки А. до беременности

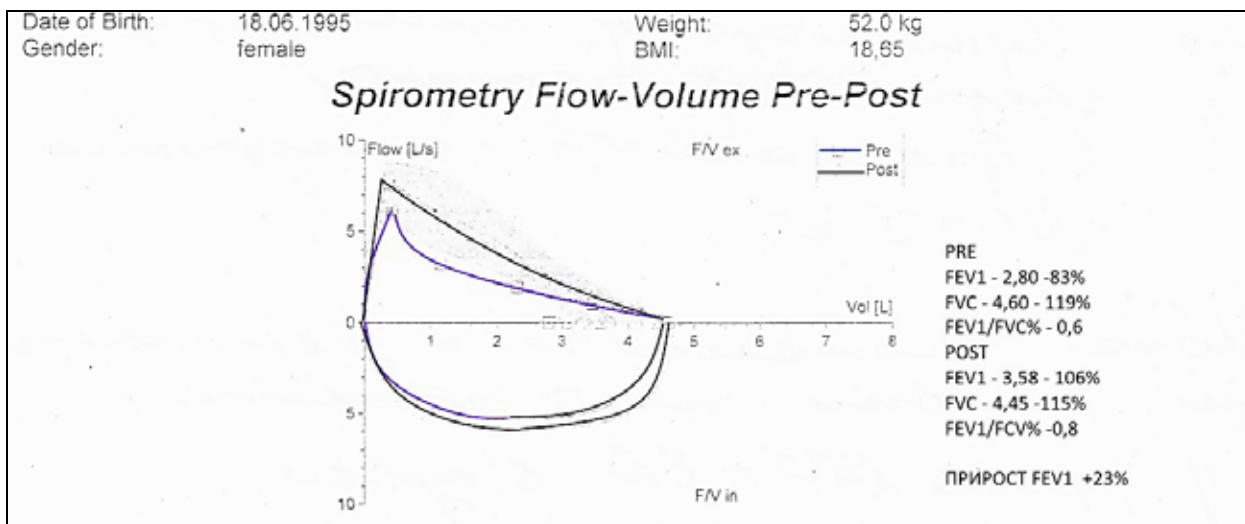


Рис. 3. Спирограмма пациентки А. на фоне обострения на сроке беременности 24 недели

В связи с этим был усилен режим ингаляционной терапии: ветнолин + пульмикорт 0,25 мг/мл по 3 раза в сутки через небулайзер, 10 дней.

Повторная СПГ показала улучшение ФВД на фоне проводимой терапии, с сохранением обратимости при пробе с бронхолитиком (рис. 4). В связи с этим в качестве базисного ингаляционного препарата назначен «Симбикорт» 160/4,5 1 вдох 2 раза в сутки + по требованию (режим SMART).

При СПГ на сроке 37 недель нарушений ФВД не выявлено, рекомендовано продлить назначенную терапию. Совместно с акушером-гинекологом выработан план ведения родов с исключением потужного периода. Беременность завершилась рождением мальчика весом 2900 г при длине 52 см с оценкой по шкале Апгар 8 и 9 баллов.

На повторный прием пациентка А. пришла через 3 месяца после родов с незначительным снижением ФВД по обструктивному типу, которое было устранено путем коррекции ингаляционной терапии.

Обращаем ваше внимание на то, что коррекция ингаляционной терапии и лечение обострений проводились с участием пульмонолога и после проведения СПГ. У данной пациентки за время беременности не было проявлений внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, поэтому для консультации не привлекался гастроэнтеролог, однако при наличии клиники его консультация обязательна для пересмотра дозировки Креона.

Беременные с хирургической коррекцией врожденных пороков развития легких в анамнезе

В нашей клинике на протяжении всего гестационного периода наблюдалось 6 беременных, перенесших удаление доли или сегмента легкого в связи с врожденной патологией развития бронхолегочной системы: гипоплазия легкого (n = 3), буллезная болезнь (n = 2) и бронхоэктазы (n = 1).

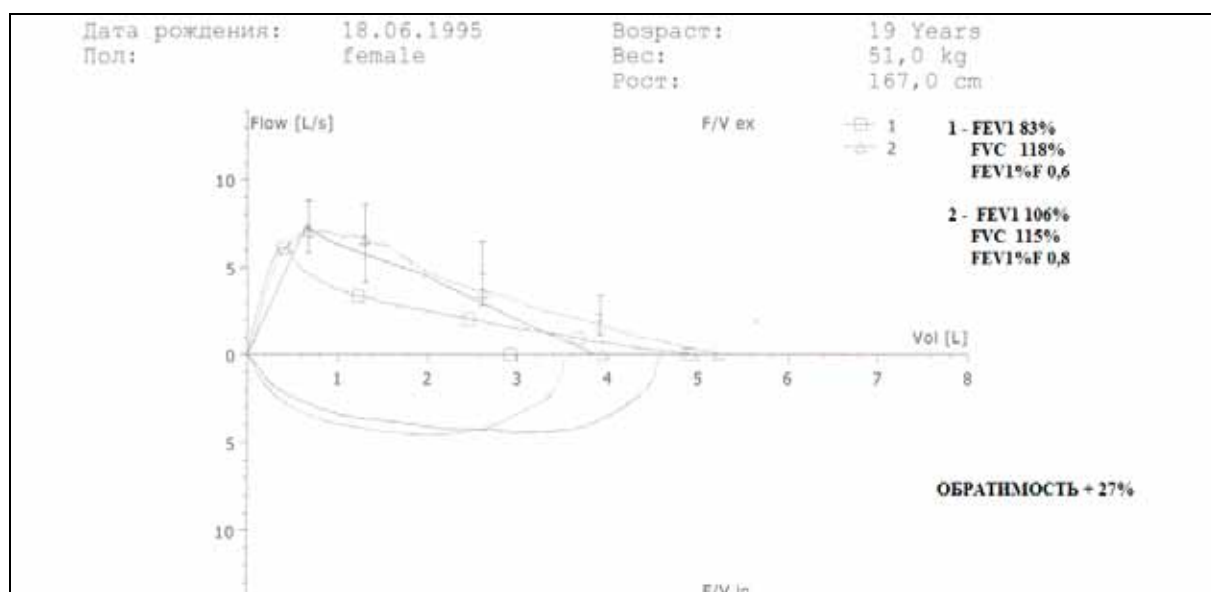


Рис. 4. Спирограмма пациентки А. через 10 дней ингаляционной терапии через небулайзер

Таким больным консультация пульмонолога и проведение СПГ необходимы для оценки степени нарушения ФВД, определения тактики ведения беременности и метода родоразрешения. Следует отметить, что подобный анамнез не всегда означает наличие изменений ФВД.

Одна из особенностей работы с этой категорией пациенток заключается в сложности сбора анамнеза, поскольку постановка диагноза и оперативное лечение проводятся в раннем возрасте. Переходя из детской службы во взрослую, женщины часто не сохраняют медицинскую документацию и при отсутствии жалоб со стороны ДС — не наблюдаются у пульмонолога.

Основным направлением в лечении этой группы беременных является выявление нарушений ФВД и их коррекция препаратами группы бронхолитиков. В нашей практике наиболее часто применялись сальбутамол в форме ДАИ или через небулайзер или ипратропия бромид + фенотерол, преимущественно через небулайзер.

Пациентки этой группы наблюдаются у семейного врача, с обязательным проведением СПГ и консультацией пульмонолога на ранних сроках и перед родоразрешением. При декомпенсации заболевания или присоединении инфекции нижних дыхательных путей также необходимы мониторинг сатурации, СПГ и консультация пульмонолога для своевременного решения вопроса о необходимости перевода беременной в специализированный стационар.

Выводы

Беременность — состояние организма, на фоне которого в силу физиологических изменений, повышающих нагрузку на ДС, может проявляться ранее не диагностированная или компенсированная респираторная патология. При ведении таких больных важно соблюдать принципы преемственности и целостности оказания медицинской помощи, а именно — предоставление первичным звеном полной медицинской документации при направлении беременных для консультации в стационары второго и третьего уровней.

Беременные с хроническими заболеваниями ДС наблюдаются у семейного врача. Однако для определения тактики ведения больной в гестационный период и оценки риска развития осложнений необходимы СПГ и консультация пульмонолога.

При наличии жалоб на появление или усиление одышки, в первую очередь, необходимо измерять сатурацию для определения наличия и степени выраженности дыхательной недостаточности. Это помогает решить вопрос необходимости перевода в специализированный стационар или повторной консультации пульмонолога для коррекции терапии.

При условии стабильного течения заболевания оптимальными сроками для проведения СПГ и консультации специалиста являются: 12–18 недель (или при постановке на учет), 22–24 недели, 32–36 недель.

Список литературы

1. Авербух, В. М. Постназальный синдром (postnasal drip) [Текст] / В. М. Авербух, А. С. Лопатин // Consiliummedicum. — 2008. — № 10. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://con-med.ru/magazines/consilium_medicum/consilium_medicum-10-2008.
2. «Актуальні питання збереження репродуктивного здоров'я жінок України»: підсумки річного циклу семінарів // Здоров'я жінчини — 2011. — № 10 (66). — С. 8–11.
3. Архипов, В. В. Заболевания легких при беременности [Текст] / под ред. А. Г. Чучалина, В. И. Краснополянского, Р. С. Фассахова. — М.: Атмосфера, 2002. — 88 с.
4. Національний проект «Нове життя» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_newlife/.
5. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 квітня 2006 р. N 244-р «Про схвалення Концепції Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/244-2006-%D1%80>.
6. Ahluwalia, M. Cystic fibrosis and pregnancy in the modern era: a case control study [Text] / M. Ahluwalia, J. B. Hoag, A. Hadeh et al. // J. of Cystic Fibrosis — Vol. 13, Issue 1. — P. 69–73.
7. Enriquez, R. Effect of maternal asthma and asthma control during pregnancy and perinatal outcomes [Text] / R. Enriquez, M. R. Griffen, K. N. Carroll, et al. // J. Allergy Clin Immunol. — 2007. — Vol. 120. — P. 625.
8. Fitzsimmons, S. Longitudinal study of the effects of pregnancy on 325 women with cystic fibrosis [Text] / S. Fitzsimmons, S. Fitzpatrick, B. A. Thompson // Pediatr Pulmonol. — 1996. — Suppl. 13. — P. 99–101.
9. Louie, J. K. Severe 2009 H1N1 influenza in pregnant and postpartum women in California [Text] / J. K. Louie, M. Acosta, D. J. Jamieson // New Engl. J. of Medicine. — 2010. — Vol. 362 (1). — P. 27–35.
10. Namazy, J. A. Effects of asthma severity, exacerbations and oral corticosteroids on perinatal outcomes [Text] / J. A. Namazy, V. E. Murphy, H. Powell, P. G. Gibson et al. // Eur. Respir. J. — 2013. — Vol. 41. — P. 1082–1090.

ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ВАГІТНИХ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Т. О. Перцева, Т. В. Кіреєва,
Н. К. Кравченко, Ю. Ф. Кравченко

Резюме

Вагітність — стан організму, на фоні якого під впливом фізіологічних змін, що підвищують навантаження на дихальну систему, може проявлятися раніше не діагностована або компенсована патологія дихальної системи (ДС). Тому актуальними є питання диференціальної діагностики респираторних скарг у вагітних і ведення хронічної патології органів дихання у гестаційний період.

Мета: продемонструвати підходи до ведення вагітних з хронічною патологією ДС як до групи ризику розвитку тяжкої дихальної недостатності і ускладненого перебігу респираторних інфекцій.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 112 вагітних, яких можна розділити на дві основні групи: група I — жінки з гострою патологією ДС (n = 67), група II — жінки з хронічною патологією ДС (n = 45). У кожній групі було виділено підгрупи хворих з найменш поширеною і діагностично складною патологією. У групі I — вагітні зі скаргами на тривалий кашель, у групі 2 — вагітні з муковісцидозом та вродженими вадами розвитку легень. Усім вагітним у виділених підгрупах проводилися клінічна оцінка загального стану, визначення сатурації та функції зовнішнього дихання (спірографія з пробою з бронхолітиком за показаннями).

Результати та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що найбільш поширеними причинами

тривалого кашлю у вагітних були постназальний синдром і поліпрагмація при лікуванні гострого бронхіту. Однак у двох хворих з тривалим курінням і частими інфекціями нижніх дихальних шляхів в анамнезі було вперше виявлено незворотні зміни ФЗД за обструктивним типом.

Основними напрямками в веденні вагітних з муковісцидозом та вродженими вадами розвитку легень є виявлення порушень функції зовнішнього дихання та їх корекція препаратами групи бронхолітиків.

При веденні вагітних з хронічною патологією бронхолегеневої системи важливо дотримуватися принципів послідовності та цілісності надання медичної допомоги, а саме – надання первинною ланкою повної медичної документації при направленні вагітних на консультацію в стаціонари другого і третього рівнів.

Ключові слова: кашель, вагітність, муковісцидоз.

Науково-практичний журнал «Астма та алергія», 2015, № 2

Т. О. Перцева,

чл.-кор. НАМН України, д. мед. н., професор,

ДЗ «ДМА МОЗ України»,

49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9

тел. +38(056)227-99-66

e-mail: tpertseva@dma.dp.ua

CHRONIC DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM DURING PREGNANCY: APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT

T. O. Pertseva, T.V. Kireyeva,

N. K. Kravchenko, J. F. Kravchenko

Summary

Pregnancy due to its physiological changes that increase the load on the respiratory system can reveal previously undiagnosed or compensated respiratory pathology. Therefore, the question of differential diagnosis of respiratory complaints in pregnancy and maintenance of chronic

diseases of the respiratory system in gestational period are of great importance.

Aim: to demonstrate approaches to management of pregnant women with chronic pathology of the respiratory system as a risk group for respiratory failure and complicated course of respiratory infections.

Materials and methods. The study involved 112 pregnant women, which were divided into two main groups: Group I – woman with acute pathology of respiratory system (RS) (n = 67) and Group II – women with chronic diseases of RS (n = 45). In each group a subgroup of patients with the most uncommon and complex diagnostic pathology were identified. In Group I – pregnant women with complaints of prolonged cough, in Group 2 – pregnant with cystic fibrosis and congenital malformations of the lungs. All pregnant in selected subgroups were clinically assessed and tested for saturation and respiratory function (spirometry with use of bronchodilator if needed).

Results and discussion. The study it showed that the most common causes of prolonged cough in pregnant women were postnasal syndrome and polypharmacy in the treatment of acute bronchitis. However, two patients with a history of long-term smoking and frequent lower respiratory tract infections had irreversible obstructive changes of lung function.

The main directions in the conduct of pregnant women with cystic fibrosis and congenital malformations of the lungs are to identify violations of lung function and their correction with bronchodilators.

Principals of continuity and integrity of health care are very important in treatment of pregnant women with chronic broncho-pulmonary pathology. To get an appropriate consultation in hospitals of second and third levels the primary link of health care should provide a full medical record of women.

Key words: cough, pregnancy, cystic fibrosis.

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2015, 2

T. O. Pertseva,

MD, professor,

corresponding member of NAMS of Ukraine,

State Establishment «Dnipropetrovsk Medical

Academy of Health Ministry of Ukraine»

49000, Ukraine, Dnipropetrovsk, Dzerzhinsky str., 9

tel.: +38(056)227-99-66

e-mail:tpertseva@dma.dp.ua